

# 18 mois de COVID-19 à Nancy

Dr François Goehringer  
Jeudi 18 novembre 2021



# Acte 1: Phase pré-pandémique



?



?



- RECHERCHE INFORMATION PERTINENTE
- TRANSMISSION/ FORMATIONS
- PREPARATION

# Acte 2: le virus débarque en Europe/France



- Cas suspects quelque soit gravité:
  - Prise en charge des premiers patients suspects en ESR dans conditions d'isolement strict (phase 1-2) sur le territoire zonal
  - Rédaction de procédures
  - Interlocuteur privilégié des tutelles (ARS) pour expertise et application des doctrines
  - Mise en place dépistage: SMIT puis secteur dédié
  - Réponses (prudentes) au sollicitations médiatiques
  - Partage d'expérience cliniciens (CoCliCo...)

# Acte 3 Première vague



## **Montée en charge première vague rapidement progressive sans être dépassé**

Premiers patients au P3 (4 lits), dépassé en 1 semaine, P3 fermé par la suite

-117 COVID en réa au pic (capacité de réa en temps normal: 64 lits): train sanitaire

-Mise à profit de la semaine de retard par rapport à Alsace: adaptation capacitaire proactive

-Pas trop de perte de chance (sauf SSPI et respirateurs non adaptés au pic...), pas de « tri »

-Bonne solidarité entre disciplines et Public/privé

# PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT COVID EN MEDECINE V.14

## INSTALLATION :

Chambre seule préférée, possibilité de chambre double si les 2 patients sont COVID CONFIRMES, précaution Gouttelettes + contact (cf. recommandation EOH), évaluer d'emblée la nécessité Nimbus (score Waterloo) car changement de matelas compliqué par la suite dans de bonnes conditions de sécurité pour les soignants, manomètre O<sub>2</sub> installé.

Evaluation médicale initiale : dans l'observation, paramètres habituels (HDM, ATCD, constantes, clinique), ne pas oublier de noter dans l'observation :

- Statut vaccinal Covid, type et date des injections
- Jo des symptômes
- Notion de contagé
- Type de variant
- Personne de confiance
- Médecin traitant
- Conditions de vie à domicile
- Comorbidités cardiovasculaire, respiratoire, diabète, IMC>30, insuffisance rénale, immunodépression, cancer évolutif
- Directives anticipées
- Evaluation collégiale de l'équipe médicale sur le statut réanimatoire du patient. (Enjeux éthiques de l'accès aux soins de réanimation et autres soins critiques (SC) en contexte de pandémie COVID-19, SRLF, SFGG, SFAR, SPLIF, SFAF, 16/03/2020)

## BILAN D'ENTREE :

Sauf si déjà fait dans un service d'urgences

- Sang : NFS, Iono, calcémie, phosphorémie, magnésium, triglycérides, Glycémie, urée, créat, acide urique, ALAT, ASAT, Bilirubine, LDH, CRP, PCT, ferritine, BNP, troponine, TP, TCA, D-dimères, Fibrinogène, Albumine, préalbumine, EPP, hémocultures, **sérologie Covid**, Gaz du sang si oxygénodépendant ou polypnéique (FR > 20/min), +/- sérologie VIH
- Respiratoire :
  - RT-PCR COVID-19 **refaire systématiquement si prélèvement initial fait en dehors du CHRU ou si diagnostic initial fait sur test antigénique, pour avoir info de la PCR de criblage sur les variants.** si non productif → prélèvement nasopharyngé ; si productif crachat ou aspi. à répéter 1 fois si premier négatif et forte suspicion clinique
  - PCR grippe (seulement en période épidémique)
- Urines : BU, antigénurie légionnelle si tableau clinique et pneumopathie compatibles ET prélèvement(s) COVID négatif(s), Ionogramme urinaire avec calcium et phosphore, glucose, créat et acide urique + protéinurie si insuffisance rénale aigue ou trouble hydroélectrolytique
- Radio de thorax au lit
- Angioscanner thoracique si oxygénodépendant (éliminer EP, % de parenchyme atteint)
- Echocardiographie si troponine >50 pg/mL

## ANTICIPATION DE LA SORTIE DU PATIENT DES L'ADMISSION :

- A J1 : Définir l'orientation future du patient :
  - Domicile sans aide
  - Domicile avec aide et/ou sous oxygène : sollicitation de l'assistante sociale pour la demande de l'aide et appel en parallèle de la PTA du grand Nancy au 03 83 45 84 90



# Acte 4 la décrue

- Lourdemment impacté par le COVID, pic d'activité au 5 avril 2020, puis:
  - Reste patients COVID réa les plus lourds
  - Services de médecine COVID: accueils post réa, « soulagement » d'EHPAD/USLD , quelques rares nouveaux cas, signes d'une circulation à bas niveau
  - Difficulté aux urgences médicales de différentier filière COVID/non COVID (cas atypiques): alors que les nouveau cas sont rare, tout est devenu COVID potentiel!
  - Services non COVID, lutte pour optimiser fonctionnement: volonté légitime de reprendre des activité/services de spécialité, mais besoin majeur de lits de médecine polyvalente
  - Réapparition des maintiens à domicile impossibles disparue pendant 2 mois
  - Stagnation post COVID, car EHPAD/USLD prennent au compte goutte



# Stratégie mise en place

- Reprise progressive d'activité non COVID
  - Limité à 50% du volume d'avant crise puis réévaluation
- Quota par spécialité, et hiérarchie du caractère urgent établie pathologie par pathologie par les services concernés:
  - Niveau 1 : programmation de 0 à 15 jours
  - Niveau 2 : programmation de 15j à 2 mois
  - Niveau 3 : programmation de 2 à 6 mois
  - Niveau 4 : programmation > à 6 mois

# Chirurgie/Bloc opératoire

- Selon algorithmes, RT-PCR ciblée dans les 48h précédant intervention
- FFP2 pour toute intubation
- Redimensionnement SSPI pour distanciation
  - Diminution Capacitaire
- Extubation en salle de bloc
- Pas de SSPI pour les COVID

# Consultations

- Favoriser la téléconsultation
- Gestion de flux, si possible, pas de station en salle d'attente, directement en box.
  - Information patient, praticiens, transporteurs sur importance de ponctualité
  - Transporteurs invités à ne pas rester dans les locaux
- Patient reste dans son box, c'est le personnel qui va à lui (consult, pvt, ECG, pansements, etc...)
- Pas de prise de rendez vous immédiate pour suivi, patient rappelé par secrétariat
- Désinfection des box suite à la consultation

# Gestion des Lits

- Problème des chambres doubles!
  - En priorité pour patients ATCD COVID guéri documenté
  - Patient COVID+? (mais en pratique sont en SMIT en chambre seul)
  - Patients asymptomatiques au statut non connu: dépistage RT-PCR à l'admission et changement de chambre si +

# Acte 5: Deuxième et troisième vague



- Deuxième vague fusionnée avec troisième, **surcharge longue Octobre 2020 à mai 2021**
  - Epuisement des équipes
  - Moins solidaire intra et inter ES
  - Difficulté de MEP relais de PEC avec médecine de ville
  - Patients non COVID à prendre en charge+++ donc capacité COVID moindre que première vague
  - Pas d'autres capacités REB: si autre alerte synchrone, on aurait pas pu faire face (EBOLA, MERS...)

# Acte 6 (en fait en même temps que 5)

- **LA VACCINATION**

- Gériatrie proactive en EHPAD
- Relai info vaccinale: Antibio-Est/Asteinte infectio
- Lutte fake-News



Puis enfin un bel été 2021, on souffle





Et finalement que nous promet l'hiver?

